

乳児等健康診査費請求書

令和 年 月 日

(宛先) 柳 井 市 長

医療機関所在地

(請求者) 医 療 機 関 名

氏 名

請求金額 円

(請 求 内 容)

令和8年度用

種 目	件 数 (件)	単 価 (円)	請 求 金 額 (円)
乳児一般 健康診査	1か月児	6,040	
	3か月児	6,040	
	7か月児	6,040	
1歳6か月児健康診査		6,040	
3歳児健康診査		6,040	

種 目	件 数 (件)	診療報酬点数 (点)	医療保険各法による 負担金 (円)	請 求 金 額 (円)
乳児精密 健康診査	社 保			
	国 保			
1歳6か月児 精密健康診査	社 保			
	国 保			
3歳児精密 健康診査	社 保			
	国 保			

令和 年 月分を上記のとおり請求します。

なお、支払いにあたっては、下記口座に振り込みをお願いします。

銀 行	支 店
信用金庫・組合	支 所
1普通 2当座	口座名義人(カタカナ)
口座番号	